Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Paris
MENTION : MÉDECINE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 mai 1909 à 1 heure

Par **M. F. ARCHONTAKIS**
Externe des Hôpitaux
Né à Kakodiki (Grèce), le 17 janvier 1882

LA DIMINUTION DU MURMURE VÉSICULAIRE

Au Sommet droit

ET

SA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

Président : M. CHANTEMESSE, professeur.
Juges : MM. DIEULAFOY et GILBERT, professeurs.
DESGREZ, agrégé.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON,
10, rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

PROFESSEUR D'HYGIÈNE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

INSPECTEUR GÉNÉRAL DES SERVICES SANITAIRES DE FRANCE

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de vive gratitude.

AVANT-PROPOS

Le premier de nos devoirs, et le plus doux à remplir, avant d'aborder l'étude de ce travail, c'est de remercier tous ceux qui ont contribué à faire notre éducation médicale; tout particulièrement nos maîtres dans les hôpitaux dont l'enseignement clinique nous fut si précieux et dont les conseils nous serviront de guide dans l'exercice de la carrière médicale.

Nos premiers pas dans la chirurgie ont été guidé par un maître bienveillant, M. le professeur agrégé WALTHER à l'Hôpital de la Pitié. Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici toute notre reconnaissance pour son enseignement, la bonté et l'amabilité qu'il nous a toujours témoigné.

En pathologie interne, notre premier maître fut le docteur BÉCLÈRE, ses leçons cliniques sur la radioscopie médicale nous ont vivement intéressé et nous avons été heureux de pouvoir mettre en pratique dans

l'étude de ce travail, les connaissances que nous avons acquis sous sa direction, nous le prions d'agréer tous nos remerciements.

Pendant une année, nous avons été l'élève du professeur QUÉNU; c'est à son service de l'hôpital Cochin que nous avons complété notre instruction chirurgicale, grâce à son enseignement clair et précis, et sous sa direction parfois sévère mais toujours utile; qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre profonde gratitude.

A notre première année d'Externat, nous avons été l'élève du Dr OULMONT, à l'Hôpital de la Charité; c'est lui qui nous a familiarisé à l'art si délicat et si difficile de l'auscultation et grâce à son enseignement journalier au lit du malade, il a mis les bases de nos connaissances en pathologie interne, nous le prions d'agréer nos remerciements les plus sincères.

En deuxième année d'Externat, nous avons été à l'Hôpital Bichat, l'élève de notre regretté maître, le Dr HIPPOLYTE MARTIN-ROUX, dont la bonté n'avait d'égale que la science.

Monsieur le docteur DOLÉRIS, accoucheur des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, nous a initié à l'art des accouchements et à la pratique gynécologique durant toute une année. Nous avons largement profité de son enseignement par excellence pratique et fait avec la science que chacun lui connaît; qu'il veuille bien nous permettre de lui témoigner toute notre reconnaissance.

A notre quatrième année d'Externat, nous avons eu

l'honneur d'être l'élève du professeur CHANTEMESSE, à l'Hôpital du Bastion 29. Pendant toute une année il nous a appris à soigner la fièvre typhoïde et à la guérir; nous avons pu apprécier de près les heureux résultats de la sérothérapie typhique, grâce à laquelle la mortalité de la fièvre typhoïde a baissé de 18 à 4 o/o. Il nous a donné de nombreuses marques d'intérêt et de bienveillance, et en acceptant la présidence de notre thèse il nous fait un nouvel honneur dont nous sommes fiers et dont nous sentons tout le prix; qu'il nous soit permis de lui exprimer ici l'assurance de notre respectueuse et profonde gratitude.

En cinquième année d'Externat, nous avons eu la bonne fortune d'être l'élève du docteur MILIAN. C'est à ce jeune maître d'un grand savoir et d'une haute valeur scientifique que nous devons une large part de nos connaissances en pathologie interne, dermatologie et anatomie pathologique. C'est lui qui nous a appris à observer et à examiner un malade avec art, méthode, délicatesse et précision; aussi ne saurions-nous trop lui témoigner toute notre reconnaissance.

Nous avons terminé notre sixième année d'Externat dans le service du docteur GRIFFON. D'une bienveillance extrême, d'une amabilité rare, d'une affabilité et d'une délicatesse peu communes, il a été pour nous un maître dont nous garderons un précieux souvenir.

Monsieur le docteur LABBÉ, chef du service radiographique de l'hôpital de la Charité, a été pour nous d'un précieux concours pour l'examen de nos malades, nous le prions d'agréer tous nos remerciements.

Pendant le laps de dix ans que nous avons passé dans les hôpitaux de Paris, et qui représente la meilleure étape de notre vie, nous n'y avons rencontré que des amis et j'espère que l'amitié que nous avons scellé au seuil de notre carrière, fera la joie de notre âge mûr.

CHAPITRE PREMIER

Introduction et Historique

Grancher (1) dans son traité sur les maladies de l'appareil respiratoire écrit à propos de la diminution du murmure vésiculaire: « La respiration faible par cela même qu'elle est peut-être la plus fréquente des respirations anormales et qu'elle se rencontre dans une foule d'états pathologiques différents, n'a pas une grande valeur de définition. Elle pose le problème et voilà tout.

Mais, Grancher, après avoir insisté d'abord sur le caractère rude et grave de l'inspiration au sommet d'un poumon, a, plus tard, attaché plus d'importance encore à la diminution du murmure vésiculaire dans l'inspiration.

Après lui, ses élèves ont accentué encore l'importance qu'il attachait à la respiration faible, de sorte que dans ces dernières années la diminution du mur-

(1) GRANCHER: Traité des maladies de l'appareil respiratoire. Paris 1890. p. 96.

mure vésiculaire à l'un des sommets, suffisait à elle seule, pour poser le diagnostic de tuberculose au début.

Fernand Bezançon (1), en décembre 1907, a repris la question devant la société médicale des hôpitaux, et, après une longue discussion qui a occupé quatre séances successives, il a pu conclure 1° Que la diminution du M. V. est assez fréquemment observée (un tiers de ses observations) chez des individus chez lesquels on ne trouve aucun symptôme antérieur ou concomitant de tuberculose; 2° Que la diminution du M. V. est quelquefois un signe de début de tuberculose, mais le plus souvent elle est un signe de tuberculose guérie, ou de tuberculose latente, torpide, de tuberculose atténuée; 3° Que la diminution du M. V. est beaucoup plus souvent observée au sommet droit qu'au sommet gauche, et la fréquence à droite, est encore plus grande chez la femme que chez l'homme.

La radioscopie rendant de très grands services pour le diagnostic précoce de la tuberculose, il nous a paru intéressant de joindre au diagnostic clinique et à l'auscultation, l'examen radioscopique, pratiqué systématiquement chez tous nos malades, cet examen nous paraît indispensable, quand il s'agit d'un malade atteint d'une affection thoracique et de tuberculose en particulier.

(1) Fernand Bezançon: *Bull. et Mém. de la Société Médicale des Hôpitaux.* 20 décembre 1907 et 13 février 1908.

Dans un premier chapitre nous étudierons le murmure vésiculaire physiologique et les anomalies qu'il peut présenter dans les différents sexes et aux différents âges.

Nous verrons ensuite quelle est la fréquence de la diminution du murmure vésiculaire, siégeant au sommet droit du poumon.

Enfin nous passerons en revue, dans un dernier chapitre, les différentes causes de cette diminution du murmure vésiculaire.

Nous rapportons 20 observations recueillies dans le service de consultation de l'Hôpital de la Charité, avec le concours du Dr Labbé pour l'examen radioscopique, peut-être nous permettront-elles de tirer certaines conclusions importantes au point de vue séméiologique.

CHAPITRE II

I. **Le murmure vésiculaire physiologique**

Pour bien connaître les modifications pathologiques du murmure vésiculaire et pour mieux comprendre leur étude, nous avons cru nécessaire de préciser d'abord ce que l'on observe à l'état physiologique.

Lorsque l'on applique l'oreille sur la poitrine d'un homme qui respire, et dont les voies aériennes sont libres, les poumons souples et extensibles, les alvéoles perméables à l'air, et dont la surface des plèvres est lisse et la cavité libre, quand enfin cet homme présente le tableau d'une santé parfaite; on entend un léger murmure, comparé à celui d'un soufflet dont la soupape ne ferait aucun bruit, ou mieux encore, à celui qui fait entendre à l'oreille nue un homme qui, pendant un sommeil profond mais paisible, fait de temps à temps une grande respiration. C'est le bruit respiratoire naturel, appelé aussi bruit vésiculaire ou murmure vésiculaire.

Il est composé de deux bruits secondaires bien distincts: le premier (bruit de l'inspiration) est doux, fin, moelleux, musical et aspiratif; le second (bruit de l'expiration) est au contraire très faible, très court, à peine perceptible. Si l'on voulait représenter par des chiffres les différences d'intensité et de longueur de l'un et de l'autre on dirait que le bruit de l'inspiration est au bruit de l'expiration dans le rapport de 3 à 1. Mais la durée du mouvement respiratoire enregistrée par le pneumographe de Marey, dépasse, au contraire, sensiblement celle du mouvement inspiratoire. Il existe donc une opposition très curieuse entre la durée des temps inspiratoires proprement dits et la durée des bruits qui leur correspondent. C'est que la colonne d'air qui pénètre dans le poumon à chaque inspiration circule plus rapidement dans les bronches et dans les lobules que la colonne qui sort par l'expiration.

Sur le tracé pneumographique de Marey, on voit nettement que la ligne qui correspond au temps de l'expiration est plus oblique et plus longue que celle de l'inspiration.

II. **Types respiratoires**

L'ampliation de la poitrine est différente dans les différentes régions de celle-ci, et elle varie encore, pour chacune de ces régions prises en particulier, suivant l'espèce animale; dans l'espèce humaine, on la voit varier d'après les individus, d'après le sexe et aussi d'après l'âge.

Selon que l'agrandissement se fait de préférence par le diaphragme, les côtes supérieures ou les côtes inférieures, on a distingué jusqu'à trois types respiratoires différents, le type diaphragmatique, habituel à plusieurs mammifères ainsi qu'à l'homme, dans l'espèce humaine; le type costo-inférieur plus ou moins associé d'ordinaire au type précédent; le type costo-supérieur habituel chez la femme. Chez l'enfant, la respiration reste abdominale jusque vers la troisième année environ (Beau et Maissiat) (1), à partir de cette époque l'individu prend, dans l'un des trois types, celui qu'il doit conserver: « vir abdominæ maxime respirat, femina thoraie » (Haller) (2). L'utilité du type costo-supérieur est évidente chez la femme dans l'état de gestation.

III. Qualités du murmure vésiculaire et anomalies physiologiques

Le bruit physiologique de la respiration aux deux temps est doux, moelleux et pur. La perception en est agréable, caressante à l'oreille. Sans doute une inspiration exagérée tend à diminuer la douceur du bruit vésiculaire, en multipliant la sensation perçue; mais nous n'aurons en vue que les inspirations moyennes.

D'ailleurs les respirations même forcées, ne font ja-

(1) Beau et Maissiat: *Archives Génér. de Méd.* 2842. 3e Série t xv, 4e Série t i. ii. iii.

(2) Haller: Prætictiones Acad. t. v. p. 144.

mais, d'un murmure physiologique, une respiration vraiment rude, mais seulement puérile, ce qui n'est pas la même chose.

La douceur, la souplesse, la pureté du murmure inspiratoire est une qualité fondamentale, mais très fragile, et pour cela même, très précieuse à bien connaître, pour pouvoir apprécier à leur juste valeur ses diverses modifications pathologiques.

Le murmure respiratoire est continu. Ceci veut dire que le bruit vésiculaire une fois commencé doit se poursuivre et s'achever sans aucune interception, et d'un mouvement uniforme.

En dehors des circonstances pathologiques, diverses circonstances accidentelles, telles que l'émotion, peuvent troubler le rythme régulier de la respiration et par conséquent rompre la continuité du murmure.

Le bruit vésiculaire est musical, c'est-à-dire qu'il possède une certaine tonalité fixe appréciable à l'oreille et susceptible d'être notée.

C'est le docteur Flint qui a le premier signalé cette qualité du bruit respiratoire.

Après lui, M. Prat constata que les rapports musicaux des deux temps de la respiration sont les mêmes que ceux des deux tables supérieure et inférieure du violon, et il conclut que l'inspiration donnait le ré de la corde libre du violon, et l'expiration le do au-

(1) Flint: Résumé des recherches cliniques. Paris 1854.

— Exploration physique et diagnostic des maladies des organes respiratoires. Philadelphie 1856.

(2) Prat: *Gazette Médicale de Paris,* 1869.

dessous. Cette différence d'un ton entre les deux temps de la respiration est, d'ordinaire, très sensible, et il est facile de reconnaître l'écart de la tonalité qui sépare les deux mouvements respiratoires. Quand la respiration est très pure, bien légère, une auscultation attentive ne laisse pas persister le moindre doute.

Le murmure vésiculaire est léger, mais d'une perception facile, pour peu que les mouvements d'expansion thoracique aient une ampleur suffisante. La force de ce murmure est en effet réglée, toutes choses égales d'ailleurs, par la force même des muscles inspirateurs et expirateurs, et que l'exagération et la brusquerie des mouvements thoraciques peuvent développer jusqu'à la rudesse, l'intensité du bruit vésiculaire. C'est là une condition variable et personnelle de la force de ce bruit. On le distingue dans tous les points de la poitrine, mais il est d'autant plus intense qu'on l'explore dans une région du thorax qui correspond à une masse du parenchyme pulmonaire plus épaisse et plus superficiellement placée, comme dans le creux de l'aisselle, aux parties antérieures-supérieures de la poitrine, latérales ou postéro-inférieures.

Il est difficile de fixer par des chiffres ces divers degrés de force, mais en règle générale on peut dire qu'en arrière le murmure vésiculaire diminue progressivement de la base au sommet dans la proportion de 5 à 1 .

Chez les personnes maigres et dans les points du thorax qui correspondent à la bifurcation de la trachée et à l'origine des bronches, il présente une rudesse

physiologique, qui lui a fait donner le nom de bruit bronchique normal. Mais cette différence est loin d'être constante, et très souvent l'oreille la plus exercée ne saisit pas de différence sensible en ces points et les autres régions de la poitrine.

D'intensité égale des deux côtés et dans tous les points correspondants de la poitrine, le murmure vésiculaire peut toutefois être au sommet plus intense à droite qu'à gauche. Lemoine (1) sur 2270 hommes sains qu'il a auscultés systématiquement, a noté des différences d'intensité persistante et fixe du bruit inspiratoire chez plus d'un tiers des sujets examinés. Pour le plus grand nombre l'inspiration était plus forte à droite. Chez quelques-uns, c'était à gauche que se percevait le maximum du bruit inspiratoire. Ces derniers étaient presque tous des gauchers, et la différence d'intensité était surtout marquée chez les sujets dont la profession exige des mouvements répétés et vigoureux du membre supérieur.

Rouget et Sacquepée ont fait à ce sujet les mêmes constatations, sur l'influence nette de la profession sur l'intensité du murmure vésiculaire.

D'ailleurs d'une façon générale, ces différences d'intensité du murmure vésiculaire au niveau de l'un ou de l'autre sommet sont beaucoup plus nettement perceptibles chez les hommes soumis à des travaux de force que chez ceux menant une vie sédentaire.

(1) Lemoine : *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux,* 13 janvier 1908.

On sait combien les procédés de gymnastique méthodique qui ont pour but de développer le thorax, ont d'action sur le développement du poumon. Il est donc rationnel d'admettre que les différences d'intensité du murmure vésiculaire peuvent être dans certaines conditions la conséquence d'une différence de développement d'un côté du thorax par rapport à l'autre. On les désigne sous le nom d'anomalies physiologiques ou professionnelles d'habitude qui sont assez nombreuses.

D'après Louis la différence d'intensité du murmure vésiculaire porte surtout sur l'expiration et sur vingt-deux cas qu'il a examiné à ce sujet, et qui ne portaient aucun symptôme d'une affection quelconque, a trouvé le bruit de l'inspiration absolument semblable à droite qu'à gauche, à l'exception de deux cas. Au contraire le bruit de l'expiration à peine sensible sous la clavicule gauche, dans la majorité des cas. il était toujours manifeste et quelquefois même très prolongé sous la clavicule droite; mêmes rapports en arrière. Cette différence d'intensité paraît tenir au diamètre plus grand de la bronche droite.

L'âge des individus joue une grande influence sur l'intensité du bruit vésiculaire. Chez les enfants ce bruit est très sonore et même bruyant. Il s'entend aisément à travers les vêtements épais et multipliés. Chez l'adulte le murmure vésiculaire est plus faible; il l'est un peu plus encore chez la vieillesse.

Mais ce n'est pas seulement par cette intensité que la respiration des enfants diffère de celle des adultes.

Il y a en outre dans la nature du bruit une différence très sensible qui comme toutes les sensations simples est impossible à décrire, mais que l'on reconnaît facilement par la comparaison. Il semble que chez les enfants l'on sente distinctement les cellules aériennes se dilater dans toute leur ampleur. Tandis que chez l'adulte on croirait qu'elles ne se remplissent d'air qu'à moitié, ou que leurs parois plus dures ne peuvent se prêter à une si grande distention.

Cette différence de bruit existe principalement dans l'inspiration; elle est beaucoup moins marquée dans l'expiration. La dilatation de la poitrine qui accompagne chaque inspiration est aussi plus grande chez l'enfant que chez l'adulte.

Ces caractères de la respiration sont d'autant plus marqués que l'enfant est en bas âge. Ils persistent ordinairement d'une manière plus ou moins prononcée jusqu'à la puberté ou un peu au-delà.

Un petit nombre d'individus conserve jusqu'à l'extrême vieillesse une respiration semblable à celle des enfants, et que Laënnec a indiqué sous le nom de « puérile » ces personnes sont presque toutes des femmes ou des hommes d'une constitution nerveuse.

Cette différence d'intensité qui existe entre la respiration bruyante de l'enfant, et la respiration plus faible chez l'adulte et le vieillard, était attribuée par Andral à l'atrophie des cellules aériennes et à la perte de la souplesse primitive du parenchyme pulmonaire.

(1) Laennec: De l'auscultation Médicale, Paris 1815.

Il n'en est pas ainsi puisque la respiration peut quelquefois, chez l'adulte et le vieillard, redevenir accidentellement ce qu'elle était dans l'enfance.

Laënnec croit plutôt que cette différence prouve que les enfants ont besoin d'une plus grande quantité d'air et par conséquent d'une inspiration plus complète que les adultes, à cause justement de la plus grande activité de la circulation chez eux.

Chez les adultes le murmure vésiculaire varie beaucoup sous le rapport de l'intensité. Il est des sujets très sains chez lesquels on l'entend à peine, à moins qu'ils ne fassent une grande inspiration, et dans ce cas même quoiqu'on l'entende bien et qu'il soit tout à fait pur, il offre deux fois moins de bruit et de frémissement que chez la plupart des hommes. Chez d'autres personnes au contraire la respiration est naturellement bruyante pour être facilement entendue.

D'après Laënnec, la constitution de l'organe pulmonaire la plus favorable à la santé et à la longue vie, est celle des hommes qui n'ont besoin habituellement que d'une médiocre dilatation des poumons, et dont la la respiration est beaucoup moins bruyante que celle des enfants. Cet état par conséquent doit être considéré comme l'état naturel.

IV. **Théorie du murmure vésiculaire**

Nombreuses ont été les théories et les discussions qui ont eu pour objet la genèse du: murmure vésiculaire et le lieu de sa production. Nous ne ferons que

mentionner les principales en nous arrêtant sur celle qui est aujourd'hui admise par tout le monde, au moins en ce qui concerne les points les plus importants.

Laënnec attribuait le bruit de la respiration au passage de l'air dans l'arbre aérien et aux vibrations qu'il détermine dans ses diverses parties. Cette opinion était généralement admise lorsque Beau (1) lui opposa une théorie nouvelle.

Le murmure de la respiration ne serait d'après cet auteur que le retentissement de la colonne d'air inspiré et expiré, du bruit guttural, résultant du refoulement de cette colonne d'air contre le voile du palais ou les parties voisines.

La théorie de Beau n'a pas survécu, car l'observation clinique démontre que la destruction accidentelle du voile du palais n'altère en rien le bruit pulmonaire.

Chomel (2) a également soutenu que le murmure vésiculaire résultait de la production des bruits produits par le passage de l'air dans l'arrière gorge.

Spittal (3) institua en 1839 une série d'expériences à la suite desquelles il en conclut que le foyer de production des bruits pulmonaires était placé non pas à l'arrière gorge, mais à l'ouverture de la glotte.

Barth et Roger (4), Chauveau et Blondet (4), et beaucoup d'autres ont fait de nombreuses expérien-

(1) Beau: *Archives Génér. de Médecine,* Août 1854.

(2) Chomel: Dictionnaire de Médecine, 1828.

(3) Spittal: *Edinburg Méd. and Surg. Journ.* t. x2(p. 99 1839.

(4) Barth et Roger: Traité d'auscultation.

ces sur les animaux, et ont démontré que le bruit vésiculaire est perçu malgré la section de la trachée.

Le fait est donc certain et c'est la théorie actuellement acceptée par tous les auteurs que le murmure vésiculaire naît dans l'épaisseur même du poumon, dans les lobules.

D'après Voillez (1) le frottement de l'air contre les parois bronchiques produit un bruit qui vient se renforcer dans les cul-de-sac alvéolaires. Peut-être aussi le déplissement des vésicules y prend-il une certaine part (Barth et Roger.)

Ce qu'il y a de certain, ce qu'il importe d'établir, c'est que les bruits qui naissent au-dessus du poumon, trouvent dans le poumon lui-même une barrière qu'ils ne franchissent pas. On ne les perçoit pas dans l'état physiologique qu'elle que soit la forme de la respiration.

(1) Voillez: Traité de percussion et d'auscultation, Paris 1879.

CHAPITRE III

La diminution du murmure vésiculaire et sa fréquence plus grande au sommet droit

La diminution du murmure vésiculaire a des degrés variables, depuis une légère diminution jusqu'au silence presque complet. On distingue trois variétés de murmure vésiculaire: légèrement affaibli, faible, et très faible. Cette diminution porte d'ordinaire sur les deux temps de la respiration, et principalement sur le premier. Le bruit respiratoire faible est en même temps plus court. Dans quelques cas sa douceur naturelle n'est point altérée, dans d'autres, au contraire, il s'y joint, comme l'a indiqué Grancher, une rudesse manifeste de l'inspiration.

Permanente, le plus souvent la diminution du murmure vésiculaire peut quelquefois être passagère et mobile.

La diminution du murmure vésiculaire occupe des lieux variables de la poitrine, nous ne nous occuperons

ici que de son siège aux sommets et principalement au sommet droit.

Parfois la diminution du murmure vésiculaire à l'un des sommets peut coexister avec une respiration puérile du côté opposé avec un certain degré de rudesse, de sorte que manquant de terme de comparaison on peut se demander de quel côté siège l'anomalie respiratoire.

Le siège de cette diminution du murmure vésiculaire est tantôt à gauche, tantôt à droite, mais avec une fréquence beaucoup plus grande au sommet droit.

Sur vingt cas que nous avons examinés, nous avons relevé :

Diminution du M. V.	Sommet droit	14 cas
	Sommet gauche	4 »
Diminution de deux côtés		2 »
Chez l'homme, diminution du M. V.	Sommet droit	7 »
	Somme gauche.	3 »
Chez la femme, diminution du M. V.	Sommet droit	7 »
	Sommet gauche.	1 »
Chez l'homme, diminution du M. V. bi-latérale		2 »

Bezançon (1), sur 173 cas examinés, il a relevé :

Diminution du M. V.	Sommet droit	127 cas
	Sommet gauche	46 »
Chez l'homme, diminution du M. V.	Sommet droit	58 »
	Sommet gauche.	28 »
Chez la femme, diminution du M. V.	Sommet droit	69 »
	Sommet gauche.	18 »

(1) Bezançon : *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, 20 décembre 1907.

Grancher et ses élèves ayant soumis à une auscultation méthodique 4.226 enfants en apparence bien portants, ont trouvé chez 15 pour cent de ceux-ci une respiration affaiblie du sommet, en particulier du sommet droit.

Lemoine, du Val-de-Grâce, a publié une observation analogue faite sur 945 soldats, et en a trouvé 64 ayant de la diminution de l'inspiration fixe et persistante sous la clavicule droite, à l'exclusion de tout autre signe, et 9 ayant de l'inspiration rude et basse sous la clavicule gauche.

Nous avons vu, en étudiant le murmure vésiculaire physiologique que l'intensité de celui-ci est égale des deux côtés, sauf chez certains, où il est plus intense à droite qu'à gauche. Telle est l'opinion admise en France par Louis, Barth et Roger, et Hutinel.

Variot le trouve plus ample et plus fort au sommet droit.

Pour Grancher, Faisans et Bezançon, il semble que chez les individus respirant normalement, amplement, il n'y a pas de différence appréciable entre les deux sommets, et qu'une anomalie du murmure vésiculaire a une signification pathologique.

En Allemagne, au contraire, Stokes, Hennedy, Eichhorst admettent volontiers que le murmure vésiculaire est plus intense à gauche.

Sur la fréquence singulière de la localisation à droite du murmure vésiculaire plusieurs opinions ont été émises sans que le problème soit résolu.

Les renseignements fournis par la radiographie sont à ce point de vue très intéressants.

Pierry et Jacques (1) disent que les adénopathies bronchiques intrapulmonaires prédominent d'un côté et nettement du côté droit, aussi ils ont vu sur 88 sujets :

Ombres égales		15
Ombres droites		38
Ombres gauches		6
Ombres siégeant seulement d'un côté	Ombres droites	26
	Ombres gauches	6

Il serait intéressant de reprendre à ce point de vue l'étude anatomique des ganglions trachéobronchiques, et de voir si à l'état normal, les ganglions droits sont plus nombreux et plus volumineux que les gauches; ou s'ils n'ont pas avec les organes du hile de rapports plus intenses que du côté gauche.

La tuberculose pulmonaire est beaucoup plus fréquente au sommet droit, et c'est là un fait d'observation courante.

Il est également certain que dans les autopsies des enfants, c'est à droite que les adénopathies caséeuses sont les plus volumineuses et le plus fréquentes; en particulier en ce qui concerne le ganglion interbronchique dont on connaît l'importance clinique.

Chez les nourrissons hérédo-tuberculeux qui succombent avec des foies gras, c'est encore au sommet droit et presque uniquement dans le lobe supérieur droit, qu'on découvre les splénisations suspectes, dont la nature tuberculeuse est fort probable.

(1) Pierry et Jacques: Les adénopathies pulmonaires. *Revue de Méd.* 1906, p. 664.

La fréquence plus grande de cette localisation au sommet droit a peut-être une origine embryologique, le lobe supérieur du poumon droit qui n'a pas d'homologue à gauche pouvant être considéré comme un organe en régression, c'est-à-dire comme un locus minoris résistentiæ (Barbier) (1).

Pour Queyrat (2), cette localisation s'explique, parce que le poumon droit — en raison de la direction et des dimensions de sa bronche — est la localisation de prédilection des poussières bacillifères, la tuberculose pulmonaire étant avant tout une tuberculose d'origine respiratoire.

(1) Barbier : Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. 20 décembre 1907.

(2) Quéyrat : Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. 23 janvier 1908.

CHAPITRE IV

Principales causes de la diminution du murmure vésiculaire

La diminution du murmure vésiculaire se rencontre dans une foule de circonstances; elle peut dépendre d'une lésion des voies aériennes supérieures, d'une maladie de la plèvre, du poumon, des bronches, ou du médiastin. Nous passerons en revue les divers facteurs capables de la provoquer.

I. Diminution du murmure vésiculaire symtomatique d'une lésion du rhino-pharynx

Les lésions du Rhino-pharynx, telles que végétations adénoïdes, rhinite hypertrophique, hypertrophie des amygdales, sont capables de provoquer un affaiblissement du murmure vésiculaire, bien qu'en l'espèce l'obstruction partielle ou totale des premières voies respiratoires — larynx, rhino-pharynx, nez — amène

un affaiblissement bilatéral du murmure vésiculaire.

Nous pensons cependant qu'il y a lieu de tenir grand compte de cette perméabilité des premières voies dans l'appréciation séméïologique d'une respiration faible.

La diminution dans ces cas peut n'être que temporaire et dans un cas observé par Bézançon (1), pendant près de deux ans chez une jeune fille, qui à un premier examen présentait de la diminution du murmure vésiculaire au sommet droit et de la rhinite, le traitement de la rhinite et la gymnastique respiratoire firent disparaître cette insuffisance respiratoire du sommet; la guérison s'est maintenue depuis.

Nous publions une observation analogue, où la diminution du murmure vésiculaire est due à une obstruction bilatérale nasale.

Rosenthal a publié des observations semblables. Ces cas où il existe de la diminution du murmure vésiculaire chez les porteurs de végétations adénoides ou des grosses amygdales, sont souvent d'un diagnostic très délicat; les malades toussent, maigrissent, ont souvent de la fièvre et des sueurs nocturnes, des adénites cervicales; ces symptômes ne sont pas nécessairement en rapport avec une tuberculose pulmonaire, mais bien avec des infections chroniques du rhino-pharynx.

L'ablation des amygdales ou des végétations supprime, en effet, en général, tous ces symptômes comme par enchantement.

(1) Bezançon: *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.* 20 décembre 1907

On se basera, pour faire le diagnostic, sur les symptômes fonctionnels et objectifs de ces affections. Si c'est un enfant, il tient la bouche ouverte le jour et surtout la nuit; il souffle en dormant; ces enfants ont quelquefois de la surdité à cause de l'obstruction de la trompe d'Eustache et de fréquentes poussées d'otite suppurée. La prononciation des nasales est impossible, le P et le M sont prononcés comme un B, le T comme un D.

Ils présentent le faciès adénoïdien: la bouche est entr'ouverte, le nez généralement aminci, la lèvre inférieure pendante, la face aplatie à cause du faible développement des maxillaires supérieurs. L'expression du visage est hébétée. La bouche, une fois ouverte, on constate que la voûte palatine est fortement creusée, ogivale, que les incisives sont mal plantées chevauchant les unes sur les autres. La paroi postérieure du pharynx est semée de grosses granulations: ce sont des îlots lymphatiques de même nature que les végétations. Les amygdales sont souvent hypertrophiées. Les végétations ne sont naturellement pas visibles directement; mais on peut les apercevoir à la voûte du pharynx, soit par la rhinoscopie postérieure, soit à travers les fosses nasales quand celles-ci sont très larges. Le toucher pharyngien les fait parfaitement sentir; tantôt elles donnent la sensation d'une masse molle, vermiculée, tantôt elles sont plus dures et réunies en masse lobulée; ce toucher provoque toujours une légère hémorragie qui est comme leur signature.

L'obstruction nasale entraîne des troubles sérieux du côté de la poitrine surtout chez les enfants atteints dès le jeune âge. On observe dans ces cas un écrasement latéral du thorax, saillie de la fourchette sternale (poitrine en carène; thorax de pigeon) ou écrasement transversal avec aplatissement du thorax en gouttière, du côté du rachis, scoliose et lordose consécutives (Redard). Quelques-unes de ces lésions avaient été rapportées par Dupuytren et Chassaignac à l'hypertrophie des amygdales palatines.

Ces modifications du thorax entraînent elles-mêmes des modifications de la capacité respiratoire, pulmonaire, diminution qui a été mesurée au spiromètre (Joal). Recevant moins d'air, écrasés dans cette cage aplatie, les poumons se dilatent moins, ce qui explique à l'auscultation la diminution du murmure vésiculaire.

II. Diminution du murmure vésiculaire symptomatique d'une adénopathie trachéobronchique ou d'une tumeur du médiastin.

La présence d'une adénopathie trachéobronchique est une cause fréquente de la diminution du murmure vésiculaire au sommet. Et cette adénopathie est excessivement fréquente. Roux et Josserand (1), étudiant

(1) Roux et Josserand: La tuberculose pulmonaire et l'adénopathie trachéobronchique chez l'enfant à Cannes. *Revue mensuelle des Maladies de l'enfance* 1906, p. 12.

systématiquement les enfants des écoles de Cannes, Pierry et Jacques (1) observant les adultes bien portants, conclurent à l'extrême fréquence de l'adénopathie trachéobronchique et de l'adénopathie pulmonaire (c'est-à-dire de la tuméfaction accompagnant dans l'intérieur du poumon les ramifications bronchiques).

Nous-même, sur vingt malades, dont nous publions l'observation, nous avons trouvé treize d'entre eux atteints d'adénopathie médiastine et trachéobronchique. Elle peut survenir à la grippe, à la rougeole, aussi bien qu'à la coqueluche, et quand elle est d'origine bacillaire, elle peut rester des années en sommeil et disparaître graduellement sans aucun symptôme morbide. Plus rarement, elle peut survenir à la suite d'une diphtérie d'une typhoïde, d'une pneumonie ou de l'anthracose. Enfin, elle peut avoir une origine cancéreuse ou inflammatoire simple.

On l'observe à tout âge, mais surtout dans la première et deuxième enfance, plus souvent chez les garçons que chez les filles.

Ce qui rend, dans cette affection, le diagnostic difficile, c'est que les symptômes fonctionnels ne surviennent qu'avec les masses ganglionnaires déjà assez développées; l'exploration physique du thorax permet sans doute de reconnaître des lésions moins avancées; enfin la radioscopie apporte au diagnostic des rensei-

(1) Pierry et Jacques: Les adénopathies pulmonaires. *Revue de Méd.* 1906, p. 664.

gnements utiles. Mais malgré la minutie la plus grande dans l'examen physique, malgré le secours de la radioscopie beaucoup d'adénopathies tuberculeuses ou autres ne peuvent encore être diagnostiquées, et ne seront reconnues qu'à l'autopsie. C'est dire que les symptômes et signes physiques de cette affection doivent être connus dans leurs moindres détails, puisque le plus souvent on n'aura pour faire le diagnostic qu'une symptômatologie assez réduite.

On se basera, pour faire le diagnostic, sur les symptômes généraux, fonctionnels et physiques de cette affection.

L'état général est très variable. Bien souvent il est à peine modifié: thorax étroit, pâleur du teint sont les seuls symptômes appréciables.

Dans d'autres cas, l'adénopathie trachéobronchique n'est qu'un des éléments de la tuberculose chronique diffuse des enfants (Aviragnet) ou tuberculose généralisée chronique apyrétique (Marfan) (1). Il s'agit d'enfants pâles et amaigris; les cils longs, le système pileux très développé; le foie et la rate sont hypertrophiés; il existe une micro-adénopathie.

Dans une autre série de faits, à la suite d'une rougeole, d'une coqueluche, les symptômes fonctionnels et les signes physiques de l'adénopathie trachéobronchique apparaissent peu à peu. C'est alors la phtisie bron-

(1) Marfan: Kyste dermoïde du médiastin antérieur. *Gaz. hebdomadaire de Méd. et de Chir.*. Août 1891.

— *Bull. de la Soc. anat.* Juillet 1891.

chique dans laquelle la lésion ganglionnaire constitue cliniquement la seule localisation tuberculeuse ; l'état général peut être relativement satisfaisant pendant une assez longue période. Quelques accès de fièvre légère, la perte de l'appétit, l'amaigrissement révèlent seuls la tuberculisation.

La plupart des symptômes fonctionnels résultent des compressions exercées par les ganglions augmentés de volume, sur les différents organes du médiastin. Ils sont très nombreux, mais on ne les trouve jamais réunis chez un même malade, leur présence dépend du siège des ganglions atteints.

La douleur retro-sternale est exceptionnelle. Cependant (Baréty (1) signale dans quelques cas une sensation douloureuse derrière la partie supérieure du sternum, une titillation , une douleur sourde, ou une sensation vague d'oppression sur toute l'étendue du thorax. Quelquefois, c'est une douleur précordiale rappelant celle de l'angine de poitrine et constituant une forme cardialgique (Variot) (2).

La dyspnée est beaucoup plus fréquente; ses caractères sont variables, car elle peut dépendre de plusieurs causes: compression de la trachée ou des bronches, compression du pneumogastrique ou du récurrent.

On décrit aussi le cornage inspiratoire et expira-

(1) Baréty: De l'adénopathie trachéobronchique; *Thèse Paris* 1874.

(2) Variot: *Soc. de pédiatrie.* Janv. 1906 et Mai 1907.

toire dus à la compression des voies aériennes; la suffocation par spasmes de la glotte et l'asthme ganglionnaire dus à une compression nerveuse.

La toux, qu'il faut rapporter encore à l'irritation du pneumogastrique présente quelques particularités.

Elle est rauque, spasmodique, quinteuse et prend dans certains cas des caractères qui la rapprochent de celle de la coqueluche, d'où le nom de toux coqueluchoïde, donné par G. de Mussy.

L'expectoration fait généralement défaut dans l'adénopathie trachéobronchique sans lésions pulmonaires.

La dyspnée est rare et ne s'observe guère qu'à une période avancée, car il faut, pour la produire, une compression du récurrent suffisante pour avoir déterminé l'irritation ou la paralysie de ce nerf.

De la compression de la veine cave-supérieure résultent la bouffissure et la cyanose de la face, des lèvres et de la langue, se produisant parfois par accès; la dilatation variqueuse du cou; plus rarement un véritable œdème de la face et du cou, exceptionnellement l'œdème dit en pélérine. L'enfant peut avoir des epistaxis. Il se plaint parfois de céphalée, de vertige; on a signalé dans ces conditions l'hémorragie méningée. La compression des veines pulmonaires a pour conséquence l'œdème pulmonaire, cause de dyspnée, la congestion pulmonaire fausse aboutissant parfois à l'hémophysie.

A l'examen, certains détails de l'état général, quel-

ques signes physiques perçus à distance peuvent déjà faire penser à l'adénopathie trachéobronchique.

Le malade n'a généralement pas de fièvre: le pouls est le plus souvent accéléré, quelquefois ralenti.

A l'inspection de la cage thoracique, on remarque parfois une circulation collatérale du thorax, un réseau de veines bleuâtres sous la paroi thoracique antérieure, ce qui indique une certaine gêne dans la circulation cave supérieure.

La palpation des régions ganglionnaires pratiquée pendant que le malade parle à haute voix, fait percevoir une exagération des vibrations thoraciques (Fonssagrives, Baréty).

A la pression, dans les cas de grosses masses ganglionnaires, on constate de la matité avec résistance au doigt; dans les petites adénopathies une élévation légère de la tonalité. Pour ce qui est de la région interscapulaire, Lereboullet a montré que la matité ou la submatité avec résistance au doigt, le long ou immédiatement en dehors de la colonne vertébrale, au niveau des troisième et quatrième vertèbres dorsales, pouvait être un des premiers signes d'adénopathie bronchique.

A l'auscultation et surtout en arrière, au niveau des régions ganglionnaires, on entend le souffle expiratoire: le souffle expiratoire est tantôt franchement tubaire, tantôt tubaire caverneux, caverneux amphorique, et même amphorique (Baréty).

C'est à l'auscultation des poumons qu'on rencontre très souvent la diminution du murmure vésiculaire

dans tout un poumon ou dans une partie du poumon avec sonorité restée normale. Et cette diminution du murmure vésiculaire, dans un poumon avec sonorité normale, a une grande importance pour le diagnostic de l'adénopathie trachéobronchique.

L'auscultation nous fournit en plus les autres symptômes de l'adénopathie trachéobronchique qui sont : la voix soufflée, l'écho de la toux, la bronchophonie et le signe de Smith.

La radioscopie est un facteur puissant mais non infaillible pour affirmer le diagnostic d'une adénopathie trachéobronchique. Elle a été faite en France par Béclére, Pierry et Jacques, Bardet, Roux et Josserand; les résultats en sont exposés dans les thèses récentes de Breton et de Bougarel (1).

III. Diminution du murmure vésiculaire, causé par les déformations thoraciques et rachidiennes, ainsi que par mauvais fonctionnement du thorax.

Le murmure vésiculaire peut être considérablement affaibli par l'existence de déformations thoraciques et de déviations rachidiennes et notamment dans les cas de scoliose. On sait que dans ce cas particulier, le poumon situé du côté de la convexité de la

(1) Bougarel : L'adénopathie trachéobronchique des nourrissons. *Thèse Paris* 1907.

courbure latérale est repoussé au-dehors et ne forme plus qu'une lame mince et aplatie de parenchyme qui est généralement le siège d'altérations chroniques: emphysème, condensations et congestion chronique, sclérose pulmonaire, etc., qui modifient considérablement les caractères normaux du murmure vésiculaire.

Ces lésions bien étudiées, d'abord par Sottas (1865) et plus tard par Constantin Paul (1883), ne sauraient expliquer tous les cas, et lorsque les altérations du murmure vésiculaire siègent au sommet, ils peuvent re connaître uniquement pour cause une simple gêne mécanique de déplissement des vésicules pulmonaires, un véritable état atélectacique, sans altération véritable du parenchyme pulmonaire.

La diminution du murmure vésiculaire s'observe également chez les personnes qui respirent mal et superficiellement, et chez les personnes qui présentent une immobilisation involontaire de l'hémithorax, et qu'on observe communément qui ont une lésion unilatérale du poumon. Cette immobilisation en expiration est, pour ainsi dire, constante chez les grands enfants tuberculeux. Elle crée entre les deux moitiés du thorax une différence statique et dynamique que la vue perçoit nettement et que la mensuration, en défaut de la radiographie, met en évidence, en donnant entre les deux côtés, une différence de trois à quatre centimètres. Dans ces conditions, la soufflerie étant moindre ou nulle, le son produit est faible ou nul.

Et cela est si vrai que chez les enfants mis en cure et qui s'améliorent, un des premiers signes favorables,

est le retour vers l'état normal, l'augmentation du périmètre statique et dynamique du thorax, et une ventilation meilleure du poumon suspect. Ceci est un fait presque constant.

Dans certaines professions, le murmure vésiculaire peut être diminué, comme par exemple ça s'observe chez les couturières. Cela s'explique par une immobilisation relative du thorax d'un seul côté, de sorte que l'un des poumons respire moins que l'autre. Sans que ces malades aient jamais présenté, avant, pendant, ou après l'examen, aucune manifestation tuberculeuse incontestable. (Lemoine).

M. Dufour (1) a signalé l'influence du décubitus latéral pendant le sommeil, sur la respiration; et ce décubitus latéral peut jouer un rôle considérable dans la diminution au niveau des sommets des poumons.

Tous les médecins connaissent, en effet, le retentissement considérable d'une compression prolongée (Décubitus par exemple), d'une entrave partielle apportée à l'expansion d'une partie du thorax sur la dilatation des vésicules pulmonaires et, par conséquent, sur l'intensité du murmure respiratoire.

Or, cette gêne respiratoire permanente se trouve réalisée à l'état physiologique chez un grand nombre de sujets par suite de l'habitude qu'ils ont contractée, pendant le sommeil, de prendre une attitude toujours

(1) Dufour: *Bull. et Mèm. de la soc. méd. des Hôp.* 23 janvier 1908.

la même (l'attitude le plus communément adoptée est le décubitus latéral droit.)

Le temps de sommeil, moyen et quotidien, peut-être évalué à huit heures, c'est-à-dire au tiers du jour et de la nuit. Certains sujets passent donc le tiers de leur existence à respirer imparfaitement avec une partie de leur poumon qui se trouve comprimée, par le poids du corps, sur le plan résistant du lit.

Si dans la veille une série d'exercices n'interviennent pas pour contrebalancer ce déséquilibre fonctionnel, il se créera une anomalie respiratoire physiologique et habituelle sans signification pathologique, jusqu'au jour où viendront s'y associer d'autres signes pathologiques qui nous permettront d'incriminer le développement d'une tuberculose installée sur un lieu de moindre résistance.

IV. Diminution du murmure vésiculaire symptomatique d'une symphyse pleuro-viscérale ou pleuro-pariétale avec épaississement de la coque du poumon

La pleurésie sèche et la pleurite localisée au sommet, sont une cause fréquente de la diminution du murmure vésiculaire. Cette pleurite localisée au sommet est, le plus souvent, d'origine bacillaire, mais on la trouve à l'autopsie d'une foule des sujets qui n'ont jamais présenté aucun symptôme d'évolution tuberculeuse et qui sont morts d'autre chose. D'autre part, elle

peut succéder à la grippe, à la pneumonie, à la fièvre typhoïde, au rhumatisme et à beaucoup d'autres affections non tuberculeuses.

L'existence d'une symphyse pleurale a pour effet immédiat de modifier les conditions physiques de la respiration et particulièrement l'intensité du murmure vésiculaire qui est affaibli. A l'état normal, le thorax, à chaque inspiration, se dilate et le poumon, le suivant dans son mouvement d'ampliation, accroît tous ses diamètres: antéro-postérieur, transversal et vertical.

Quand il existe une symphyse, les choses se passent autrement. Dans ces conditions nouvelles, chaque point de la surface du poumon étant soudé au point correspondant de la paroie thoracique, l'accroissement des diamètres latéral et antéro-postérieur est encore possible; mais le diamètre vertical est invariable et le diaphragme ne s'abaisse que d'un mouvement insensible.

Pour compenser, dans la mesure du possible, ce défaut d'expansion pulmonaire, le thorax se dilate à l'excès, et l'on observe alors le type de la respiration costale. Cependant, en dépit de ces efforts, l'inspiration reste très affaiblie, et il en résulte pour le médecin qui ausculte et dont la tête est soulevée avec énergie, la notion d'une disproportion remarquable entre l'étendue de l'incursion thoracique et la quantité du murmure vésiculaire. C'est à ce phénomène qu'on pourrait donner le nom de respiration faible discordante.

Dans les symphyses pleuro-viscérales, la sonorité et

les vibrations thoraciques sont normales, mais la respiration est faible parce que le poumon ne se dilate pas dans le sens vertical; le schéma des symphyses pleuro-viscérale peut être ainsi caractérisé.

$$R - S = V = \text{incursion thoracique} +$$

Dans les symphyses pleuro-pariétales, il existe des déformations thoraciques, décrites par Laënnec et qui se traduisent par une rétraction des espaces intercostaux, aboutissant au rapprochement des côtes, un aplatissement d'avant en arrière de la moitié correspendante du thorax, un abaissement du moignon de l'épaule, une scoliose à concavité dirigée du côté malade. De plus, la sonorité thoracique normale est diminuée de ce côté, il existe une matité plus ou moins forte, les vibrations vocales sont atténuées ou supprimées par la coque sclérosée qui entoure le poumon, en moins, fait exceptionnel, qu'elles ne soient augmentées par la béance des canaux bronchiques; le murmure vésiculaire est affaibli.

Le schéma des symphyses pleuro-pariétales peut être ainsi caractérisé.

$$R - V - S = \text{déformation thoracique}$$

Le diagnostic de la symphyse, due à une pleurésie chronique sèche, végétante, n'est pas toujours facile. C'est seulement lorsque on trouve les schémas ci-dessus et que l'on fait l'examen complet du malade, que le diagnostic est possible.

V. Diminution du murmure vésiculaire chez les névropathes et par spasme fonctionnel des bronches

Chez les gens nerveux et impressionnables, la respiration peut être également diminuée, et il est très commun de les voir, dès qu'on applique l'oreille sur leur poitrine, atteinte d'une sorte d'ataxie respiratoire qui les met dans l'impossibilité de faire deux respirations consécutives de force et de durée égales. Dans ces conditions, il serait imprudent d'attacher trop d'importance aux résultats de l'auscultation, surtout quand il s'agit d'un signe relatif comme la respiration faible, dont la constatation résulte de comparaisons minutieuses et répétées.

Il en est de même chez les gens souffrant d'une douleur névralgique qui peut n'être pas très apparente ou être dissimulée. L'inspiration est alors amoindrie, et la persistance du symptôme dépend uniquement de la persistance de la cause provocatrice; mais dans ces cas, la diminution de l'inspiration s'accompagne d'une moindre ampliation du thorax, qui est généralement facile à constater.

On observe très souvent, chez ces individus nerveux, une diminution du murmure vésiculaire consécutive à un spasme fonctionnel qui rétrécit les bronches et immobilise la paroi thoracique, surtout quand plusieurs examens successifs ont éveillé, dans leur esprit, la crainte d'une découverte pathologique.

Renon (1) a bien étudié la question et a démontré, en 1901, avec M. Sollier qu'il pouvait exister des atétectasies pulmonaires d'origine névropathique, se traduisant même par un défaut de transparence du poumon à l'examen radioscopique. Depuis cette époque, il a observé une vingtaine de cas, chez lesquels, outre l'absence de tout signe pouvant faire songer à la tuberculose, il a mis en évidence un syndrome névropathique qu'il a rencontré aussi dans l'entero-colite muco-membraneuse avec constipation spasmodique, dans les fausses cardiopathies avec palpitations et dans certaines dyspepsies très marquées avec stase du pylore et stase gastrique. L'obscurité respiratoire pourrait, dans ces cas, trouver son explication dans un spasme bronchique prédominant sur la bronche droite.

Ce syndrôme névropathique se compose de la présence chez le même malade de l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive, de l'anesthésie du pharynx, de l'exagération des réflexes rotuliens et de battements épigastriques de l'aorte abdominale, battements semblables à ceux signalés par M. Huchard dans les névropathies.

(1) Renon et Sollier: *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp.*, 8 novembre 1901.

— Le diagnostic précoce de la tub. pulm. chronique. Paris-Jousset, 1906, p. 59.

vier 1908.

— *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp.*, 27 janvier 1908..

L'existence de ce syndrôme névropathique jettera une grande clarté sur les signes perçus à l'auscultation, surtout si on se trouve en présence d'une simple obscurité respiratoire. Il y aura les plus grandes chances pour qu'il ne s'agisse pas de tuberculose.

Il faudra instituer un traitement anti-névrosique, revoir les malades, surveiller la respiration et souvent on sera surpris de voir, au bout d'un mois de médication, l'anomalie respiratoire disparaître. Parfois, elle persistera, et M. Renon a suivi des malades, chez lesquels elle est restée stationnaire pendant des mois et des années, sans aggravation et sans évolution d'un autre symptôme suspect de bacillose.

M. Renon a suivi ces malades porteurs à la fois de ce syndrôme et d'une obscurité inspiratoire du sommet droit, depuis plusieurs années, aucun d'eux n'est devenu cliniquement tuberculeux pulmonaire.

Pour juger la valeur exacte de ces obscurités respiratoires chez les névropathes, il faut s'adresser aux procédés du laboratoire, pratiquer l'épreuve de la tuberculine dont la valeur est acceptée par tout le monde, et l'ophtalmo-diagnostic si l'avenir en confirme l'utilité diagnostique.

VI. Diminution du murmure vésiculaire symptomatique d'une cardiopathie chronique

Au cours de cardiopathie chronique, le poumon, interposé pour ainsi dire entre les deux cœurs, ressent,

en général le premier, le contre-coup de l'affection cardiaque, qui se manifeste sous forme de processus congestifs. Sans doute ceux-ci affectent le plus souvent une allure subaiguë ou même chronique, ressortissant au mécanisme de la congestion passive par stase, mais ils peuvent aussi, dans des circonstances déterminées, se rattacher à la congestion aiguë par hyperhémie fluxionnaire active ainsi que le disait autrefois Lasègue. Or, si la congestion subaiguë ou chronique par stase engendrée par les états asystoliques des affections mitrales, siège de préférence aux bases et dans les parties déclives du poumon, la congestion aiguë peut apparaître aux bases, dans l'aisselle, ou se cantonner d'une façon presque exclusive sur l'un des sommets du poumon, et y persister pendant un temps plus ou moins long.

C'est Lasègue, Peter, Barrié (1), et d'autres auteurs qui ont signalé ces faits très intéressants. On les rencontre de préférence dans les cours des lésions aortiques, dans celui des cardiopathies artérielles, dans certains cas de myocardite chronique et chez les artérioscléreux.

Cette congestion active à forme aiguë se manifeste par de la diminution notable du murmure respiratoire dans la région sous-claviculaire, et par la présence de petits râles sous-crépitants fins; la dyspnée est parfois assez vive, la toux fréquente et suivie quelque-

(1) Barrié: *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp.*, 13 février 1908.

fois de petits crachements de sang ou même d'hémophysies légères. Il y a là, comme on le voit, un certain nombre de raisons cliniques qui pouvaient faire croire au début d'une tuberculose jusque là torpide ou latente, et éveillée tout à coup sous l'influence congestive d'une cardiopathie organisée. Il n'est pas possible de dire que l'existence même de cette affection cardiaque suffirait à elle seule pour faire rejeter le diagnostic de tuberculose, car si on a pu croire autrefois à une sorte d'antagonisme entre la tuberculose et les maladies du cœur, on ne saurait aujourd'hui soutenir semblable opinion; l'association entre les deux états morbides n'est peut-être pas extrêmement fréquente, mais personne n'admet plus que les cardiopathies et la tuberculose s'opposent formellement l'une à l'autre.

Ce n'est point là qu'il faut chercher les éléments de diagnostic différentiel entre la congestion active d'origine cardio-artérielle et la tuberculose commençante. Cette distinction se fera en se rappelant que cette congestion aiguë est en général fugace et disparaît avec la même rapidité qui a marqué le début de son apparition.

VII. Diminution du murmure vésiculaire symptomatique d'une tuberculose ancienne.

Chez les malades qui ont présenté des symptômes généraux ou fonctionnels de tuberculose, plusieurs années avant l'examen, on constate à l'auscultation

une diminution du murmure vésiculaire et principalement au sommet droit. Fernand Bezançou l'a constaté dans les deux tiers des cas examinés. D'après nos observations, cette diminution du murmure vésiculaire est toujours accompagnée par une exagération des vibrations thoraciques avec une légère submatité.

On ne peut donc pas dire que la diminution du murmure vésiculaire soit un signe habituel du début de tuberculose.

Quand il s'agit d'une maladie infectieuse aiguë, comme une fièvre éruptive, ou une fièvre typhoïde, la période du début précède immédiatement la période d'état de la maladie. Pour une maladie chronique, comme la tuberculose, il n'en est pas ainsi, et la période d'évolution des lésions peut être séparée par une longue suite d'années, du moment où le bacille a pénétré dans l'organisme, et où a débuté la maladie au sens anatomique du mot. On tend de plus en plus à admettre que les accidents tuberculeux, dont nous voyons l'évolution clinique, ne sont souvent que la seconde phase d'une tuberculose plus ou moins latente jusque là (Bezançon).

Grancher, dans ces dernières années, a très heureusement précisé et peut-être corrigé sa première pensée en écrivant que « la diminution du murmure vésiculaire peut persister pendant longtemps sans addition d'aucun autre signe physique, et constitue à elle seule, pendant des mois et des années, non le premier degré mais la première étape de la tuberculose pulmonaire. Cette première étape peut durer pendant toute

la période de la vie infantile, ou chez l'adulte, pendant plusieurs années. »

Dans ces cas de tuberculose ancienne, la diminution du murmure vésiculaire apparaît non pas comme un symptôme, passager, transitoire, qui fera place au souffle tubaire et aux râles humides, mais comme un symptôme permanent,, peu sujet à des variations. Chez la plupart de ces malades il n'y a pas d'évolution vers la phtisie, mais une évolution intermittente, avec des périodes d'amaigrissement ou de reprise de poids et de forces. Très souvent on note des hémophysies. Celles-ci sont à répétition, mais s'observent à étapes éloignées; certains malades ont leur première hémophysie dix ans et même quinze ans auparavant et en ont depuis cinq ou six. Ces hémophysies se montrent souvent en pleine santé, sans fièvre et sont la seule manifestation apparente de la tuberculose (Bezançon).

Bard, dans son remarquable rapport sur les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire expose des faits de même ordre. « Les signes dits de début, de Grancher, ne sont pas, en réalité, des signes de début, mais des signes d'une forme de tuberculose spéciale, la forme abortive; quand on constate cette forme, elle est déjà ancienne à ses périodes d'état; elle est caractérisée. »

La diminution du murmure vésiculaire est enfin en rapport, comme nous l'avons observé plusieurs fois, avec une guérison de tuberculose ou, tout au moins, une rétrocession des lésions tuberculeuses. On observe

dans ces cas une succession en sens inverse des deux périodes décrites par Grancher.

En effet, après les travaux de Grancher et de ses élèves, on distingue dans l'évolution de la tuberculose, au début, deux périodes successives: une période de germination des tubercules, caractérisée cliniquement par des modifications du murmure vésiculaire et par l'absence de râles; une période de conglomération caractérisée par une diminution de la sonorité à la percussion, une augmentation des vibrations thoraciques et l'apparition des craquements secs et des râles bronchiques. Ces deux périodes sont indiquées comme se succédant toujours dans le même ordre.

Mais cliniquement, on observe très souvent une succession inverse de ces deux périodes. Un premier examen chez un malade qui vient nous consulter indique, par exemple, de la submatité avec des râles et des craquements secs; un second examen, fait après une période de traitement, n'indique plus que de la submatité avec des troubles du murmure vésiculaire (inspiration rude, expiration prolongée, respiration saccadée) et montre que les râles ont disparu; parfois, enfin, un troisième examen, fait à une période tardive ne décèle plus que des modifications du murmure vésiculaire: la sonorité même est redevenue normale.

Or, le premier examen était fait à une période où le malade avait de la fièvre et maigrissait; il correspondait donc à une poussée évolutive de la tuberculose; par contre, le deuxième et le troisième examens,

faits à un moment où le malade était apyrétique, engraissait et pouvait être considéré comme cliniquement guéri, correspondait à un arrêt dans l'évolution de la tuberculose. Cette succession de phénomènes morbides doit faire considérer les troubles du murmure vésiculaire avec submatité du sommet, plutôt comme un indice de tuberculose curable, arrêtée, que comme indice de la tuberculose au début. Ils viennent, en effet, après d'autres signes cliniques, et ils peuvent être constatés pendant des mois et des années au même point, sans subir des modifications. Ils indiquent une insuffisance respiratoire due à une sclérose du sommet du poumon, accompagnée d'adhérences pleurales, sorte de cicatrice des lésions tuberculeuses qui ont évolué en ce point.

Ce symptôme d'insuffisance respiratoire du sommet se rencontre fréquemment chez les chlorotiques. Grancher l'avait déjà signalé et l'avait considéré comme indice de tuberculose. M. Landouzy lui accorde une grande importance pour le diagnostic de la nature bacillaire de la chlorose. Labbé l'a souvent noté chez les chlorotiques, dont il a publié l'observation. Dans certains cas même il a pu assister à l'évolution des phénomènes pulmonaires et voir le symptôme d'insuffisance respiratoire persister comme reliquat après une poussée évolutrice de bacillose.

VIII. Diminution du murmure vésiculaire symptomatique d'un emphysème localisé au sommet

La diminution du murmure vésiculaire résulte très souvent de l'existence d'un emphysème localisé au sommet, et qui n'est pas rare à la suite des coqueluches graves, des bronchites avec toux spasmodique ; s'il survient dans la tuberculose c'est comme chacun sait, à la période de guérison.

On fera le diagnostic en se basant sur les symptômes propres à cette affection et localisés au sommet. Dans ces cas, en dehors de la diminution du murmure vésiculaire, on trouve une sonorité exagérée. L'inspiration est brumée et l'expiration prolongée et souvent un peu sifflante.

A la radioscopie, l'emphysème du sommet se traduit par les deux signes suivants, décrits par Béclère : la plus grande étendue de l'image pulmonaire, et sa clarté plus vive à cause de l'atrophie des cloisons interalvéolaires. Enfin la spirométrie montre que la capacité pulmonaire est réduite.

IX. Diminution du murmure vésiculaire symptomatique d'une infiltration pulmonaire

L'infiltration discrète du parenchyme pulmonaire, soit par la sérosité, comme dans certaines formes du mal de Bright, soit par des granulations restreignant la béance des infundibula et le volume des cavités

alvéolaires accessibles à l'air inspiré peut causer une diminution notable du murmure vésiculaire. Mais cette infiltration du parenchyme pulmonaire par des granulations discrètes siégeant dans la trame fibreuse et restreignant la perméabilité et l'expansibilité du poumon, ne détermine l'affaiblissement du murmure vésiculaire sans autres signes que si elle est exempte de toute congestion; ceci est rare dans la tuberculose au début et ne s'observe guère que dans les formes scléreuses les mêmes qui par la rétraction inodulaire produisent l'emphysème compensateur.

M. Hirtz (1) a étudié plusieurs faits de ce genre au cours du mal de Bright, et M. Léon Bernard a publié une observation analogue.

M. Hirtz insiste sur la tonalité à la percussion. Contrairement à ce qui se passe dans la tuberculose, le doigt percuteur ne perçoit pas la sensation aussi nette de résistance; la tonalité n'est pas sensiblement plus élevée que du côté normal; la voix est peu retentissante, et les vibrations ne sont guère exagérées.

Le malade tousse peu et n'expectore que des cra-

(1). Eug. Hirtz: *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp.* 13 janvier 1908.

— et Prosper Merklen: Diagnostic clinique de certaines formes de bronchite albuminurique avec la tuberculose pulmonaire.

(2). Léon Bernard: *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp.*, 20 octobre 1907.

chats filants et visqueux : la dyspnée par accès signalée par Lasègue, chez les albuminuriques, est tout à fait disproportionnée avec les renseignements fournis par l'auscultation.

Certaines bronchites albuminuriques avec congestion localisée sont mobiles et capricieuses, mais d'autres restent fixées dans les sommets, et alors l'évolution seule permet d'affirmer le diagnostic, avec l'examen des crachats, et au besoin leur inoculation au cobaye.

X. Diminution du murmure vésiculaire causé par un développement imparfait du lobe supérieur du poumon

Chez les sujets entachés d'infantilisme et notamment chez les descendants des tuberculeux on observe fréquemment un développement imparfait du lobe supérieur du poumon capable de causer une diminution du murmure vésiculaire à ce niveau. Le développement imparfait du lobe supérieur du poumon s'observe à la vérité chez des personnes qui sont candidats à la bacillose. Mais cette anomalie n'est en aucune façon liée au développement des tubercules dans les sommets des poumons.

C'est la méiopragie héréditaire du poumon décrite par Quéyrat (1). Lorsque en effet dans les services

(1) Quéyrat : *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp.* 23 janvier 1908.

d'accouchement ou dans les crèches on ausculte de tout jeunes enfants, bien conformés, nullement malades, il arrive parfois qu'on constate chez certains d'entre eux, un affaiblissement très notable de la respiration à un sommet qui persiste dans la suite. Que si alors on fait une enquête on apprend que la mère, ou le père, voire même les deux ont eu de ce même côté des lésions tuberculeuses. Il est tout naturel d'admettre dans ce cas pour le poumon un état méiopragique héréditaire analogue à celui que nous admettons pour le cœur et pour le rein.

Signalons enfin pour terminer que chez les sujets ayant présenté une lésion ancienne du sommet, bronchite, pneumonie, broncho-pneumonie, suite de grippe ou de coqueluche etc, le murmure vésiculaire peut rester après guérison de ces états, plus faible et plus rude.

Diminution du murmure vésiculaire sans aucune cause apparente

En dehors des causes que nous avons mentionné, la faiblesse respiratoire peut s'observer aussi dans des cas mal déterminés sans être de nature tuberculeuse, comme le prouve l'histoire ultérieure des sujets et quelques autopsies. Il s'agit d'individus chez lesquels l'auscultation décélait à un sommet un affaiblissement notable du murmure vésiculaire sans aucune cause pouvant expliquer cette anomalie, laquelle, à s'en tenir aux idées de Grancher devait être considérée com-

me éminemment suspecte. Eh bien, ces sujets suivis pendant longtemps ne présentèrent à aucun moment de signes de tuberculose. Faits encore plus probants des malades entrant à l'hôpital, ils présentèrent une faiblesse à l'inspiration à un sommet, on soupçonne la tuberculose, ces malades succombent, et à l'autopsie, on trouve le poumon indemne de tubercules.

OBSERVATIONS

Observation I

Madame J. L., 22 ans, couturière.

Pas d'antécédents morbides.

Vient à la consultation pour des accidents syphilitiques.

Scoliose à convexité droite.

Auscultation: Fosse sous-claviculaire droite: R—V=S=

Examen Radioscopique: Rien de net aux sommets. Adénopathie péribronchique accentuée, médiastine modérée.

Examen Rhino-pharyngé: Obstruction nasale bilatérale (gros cornets et déviation de la cloison légère à gauche).

Observation II

R. A. 50 ans, maître d'hôtel.

A. P. Pneumonie droite à l'âge de 48 ans, syphilis à 35 ans.

Il vient à la consultation pour une néphrite chronique.

Auscultation: Fosse sous-claviculaire droite: R=V=S; un peu de submatité.

Fosse sus-épineuse droite: R—V+S—

Examen radioscopique: Sommet droit en arrière obscur; adénopathie médiastine très marquée.

Observation III

L. D., 27 ans, limonadier.

A. P. Pas d'antécédents morbides.

Vient à la consultation pour une gastrite alcoolique.

Auscultation: Fosse sous-claviculaire droite: R—V=S+

Côté gauche sibilances.

Fosse sus-épineuse droite: R—V=S—

Examen radioscopique: Sommets: premier espace gauche en avant obscur; premier espace droit en arrière obscur.

Adénopathie médiastine légère.

Cœur petit.

Observation IV

J. R. 29 ans, garçon.

Vient à la consultation pour une affection gastro-intestinale.

Auscultation: Fosse sous-claviculaire gauche: R—V+S—

Fosse sus-épineuse: R—V=S=

Examen radioscopique: Sommet gauche nettement obscurci. Champs pulmonaires normaux, sauf à la base gauche où existe une opacité modérée, à limite supérieure irrégulière et qui efface le sinus costo-diaphragmatique; signe de pleurésie sèche probable de la base gauche.

Médiastin et péri-bron très opacifiés.

Observation V

F. A., 27 ans, étudiant en médecine.

A. P. Rougeole à l'âge de 2 ans.

Fièvres paludéennes de 8 à 11 ans.

Va consulter en 1902 pour des troubles dyspeptiques.

Auscultation: Fosse sous-claviculaire droite: R—V=S=

Examen radioscopique fait par le Docteur Béclère:

Sommets: normaux.

Champs pulmonaires: normaux.

Adénopathie intertrachéobronchique.

Examen rhinopharyngé: Végétations adénoides pharyngées.

Nous avons pu suivre ce malade et depuis six ans n'a jamais présenté aucun symptôme de tuberculose.

Observation VI

Mme B. R., 27 ans, couturière.

Pas d'antécédents morbides.

Auscultation: Fosse sous-claviculaire droite R—V+S—

Examen radioscopique: Légère diminution de la clarté au sommet droit.

Rien aux bases.

Adénopathie péri-bronchique.

Observation VII

G. C., 28 ans, employé.

A. P. Aucune maladie sérieuse antérieure.

Vient à l'auscultation parce qu'il tousse depuis quelques mois.

Auscultation: Fosse sous-claviculaire gauche: R—V+S—

Fosse sus-épineuse gauche: R—V+S—

Examen radioscopique: Sommet gauche obscurci.

Bases normales.

Adénopathie médiastine et péribronchique. Rien au cœur ni à l'aorte.

Observation VIII

Mme A. L., 36 ans, modiste.

A. P. Elle tousse depuis quelque temps, et vient à la consultation pour une bronchite chronique.

Auscultation: Fosse sous-claviculaire gauche: R—V+S—

Fosse sus-épineuse gauche: R—V=S=

Examen radioscopique: Le sommet gauche est nettement opacifié, en examen antérieur comme en examen postérieur.

Sinus costo-pulmonaires: le gauche s'éclaire mal.

Médiastin et péribronches: très opaques.

Champs pulmonaires: { à droite: normal. / à gauche: rétréci transversalement et présentant une opacité diffuse.

Cœur normal.

Observation IX

M. V., 42 ans, épicier.

A. P.: Rhumatisme articulaire à 21 ans.

Hémophysie assez abondante il y a 2 ans.

Actuellement il tousse très peu.

Auscultation: Fosse sous-claviculaire: R—V+S—

Fosse sus-épineuse droite: R—V+S—

Examen radioscopique: Sommet gauche normal.

Sommet droit obscurci diffusément.

Champs pulmonaires : Gauche : normal. Droit : la base est un peu obscurcie (congestion passive).

Œsophage : pas de signes actuels de sténose.

Estomac : pas de signes de dilatation, ni de ptose.

Observation X

Mme J. L., 24 ans, femme de chambre.

A. P. : Elle tousse tous les hivers depuis trois ans.

Auscultation : Fosse sous-claviculaire droite : R—V+S—

Fosse sus-épineuse droite : R—V+S—

Examen radioscopique : Sommet droit obscur en avant comme en arrière.

Champs pulmonaires : normaux.

Adénopathie médiastine et péribronchique.

Observation XI

S. M., 45 ans, garçon de café.

A. P. Scarlatine à l'âge de 12 ans.

Fièvre typhoïde à 33 ans.

Bronchites répétées.

Auscultation : Fosse sous-claviculaire droite : R—V+S—

Fosse sus-épineuse gauche : R—V+S=

Examen radioscopique : sommet droit obscur en avant les deux sommets en arrière.

Bases : normales.

Adénopathie médiastine marquée.

Rien au cœur.

Observation XII

C. T., 28 ans, coiffeur.

A. P. Hémopthysie il y a 1 an.

Auscultation: Fosse sous-claviculaire droite: R—V+S—

Fosse sus-épineuse droite: R—V+S=

Fosse sus-épineuse gauche: R—V+S=

Examen radioscopique: Sommet droit opaque.

Adénopathie médiastine légère, péri-bronch. marquée.

Champs pulmonaires normaux.

Observation XIII

E. B., 39 ans, cuisinière.

A. P.: Fluxion de poitrine à 26 ans.

Bronchite à 35 ans.

Vient à la consultation pour une névralgie intercostale.

Auscultation: Fosse sous-claviculaire droite: R—V+S—

Examen radioscopique: Légère diminution de la clarté au sommet droit.

Bases normales.

Cœur et aorte: normaux.

Observation XIV

R. S.: 62 ans.

A. P.: Pas d'antécédents morbides.

Vient consulter pour une angine de poitrine.

Auscultation: Fosse sous-claviculaire droite: R—V=S=

Examen radioscopique: Sommets normaux.

Champs pulmonaires: normaux.

Cœur normal.

Aorte: Pas de signes d'ectasie, mais signes nets d'aortite chronique (dilatation aortique). L'aorte est élargie, allongée et calcifiée en partie au niveau de la crosse.

Observation XV

P. C., 39 ans, marchand de vin.

A. P.: Fluxion de poitrine à 27 ans.

Actuellement abcès sporotrichosiques multiples.

Auscultation: Fosse sous-claviculaire gauche: R—V+S—

Fosse sus-épineuse droite: R—V+S—

Pas de bruits adventices.

Examen radioscopique: Sommet droit obscur en avant.

Les deux sommets en arrière.

La base du poumon gauche ne s'éclaire pas.

Adénopathie médiastine et péribronchique modérées.

Cœur et aorte: normaux.

Observation XVI

Mlle G. C.: 30 ans, femme de chambre.

A. P.: Anémique depuis l'âge de 17 ans.

Légère scoliose à convexité droite, avec omoplate droite détachée.

Vient à la consultation pour une dilatation d'estomac.

Auscultation: Fosse sous-claviculaire droite: R—V=S=

Examen radioscopique: sommets: normaux.

Champs pulmonaires: idem.

Estomac dilaté et rempli de gaz.

Observation XVII

X F., 63 ans, sans profession.

A. P.: Fluxion de poitrine à 14 ans.

Crache beaucoup et a toujours toussé.

Il est très essoufflé et monte difficilement un escalier.

Thorax excavé.

Auscultation: Fosse sus-épineuse droite: R—V+S—

Souffle interscapulaire surtout à droite.

Pas de bruits adventices.

Examen radioscopique: Les deux sommets sont obscurs.

Les lésions sont surtout accentuées à droite, en avant et en arrière.

Médiastin obscur.

Signes radioscopiques d'emphysème pulmonaire, emphysème symptomatique de la bacillose pulmonaire.

Observation XVIII

A. B., 24 ans, restaurateur.

Pas d'antécédents morbides.

Vient à la consultation pour une stomatite ulcéro-membraneuse.

Auscultation: Fosse sus-épineuse droite: R—V+S—

Examen radioscopique: sommet droit obscur.

Observation XIX

Mlle M. G., 24 ans, lingère,

A. P.: Pleurésie droite il y a 3 ans.

Rétraction de la poitrine de ce côté.

Auscultation: Fosse sous-claviculaire droite: R—V+S—

Fosse sus-épineuse droite: R—V+S—

Diminution à la base droite et aussi à la partie moyenne.

Examen radioscopique: Obscurité du sommet gauche en avant en arrière. Sommet droit légèrement obscurci.

Adénopathie péribronchique et médiastine modérées.

Cœur plutôt petit.

Observation XX

Mme F. M., 36 ans, giletière.

Pas d'antécédents morbides.

Vient consulter pour la chloro-anémie.

Auscultation: Fosse sous-claviculaire droite R—V=S=

Examen radioscopique: Poumons normaux.

Adénopathie péribronchique et médiastine marquées.

Cœur et aorte: normaux.

CONCLUSIONS

Nous rapportons vingt observations de malades présentant de la diminution du murmure vésiculaire d'un sommet.

Sur ces vingt malades, 16 présentaient en outre une légère submatité du même sommet avec élévation de la tonalité.

Chez les 4 autres nous n'avons trouvé aucune submatité, aucune modification de la tonalité.

Nous avons soumis tous ces malades à l'épreuve radioscopique :

Les 16 premiers avaient une obscurité légère, certaine cependant, du sommet incriminé; les 4 derniers au contraire, n'offraient aucune différence entre les deux sommets, absolument transparents l'un et l'autre. Si nous ajoutons à ces résultats les antécédents des malades, il semble que ces 4 derniers doivent être considérés comme indemnes de tuberculose.

Ceci posé, nous sommes en droit de conclure :

a) La diminution du murmure vésiculaire à l'un des sommets, lorsqu'elle existe seule, sans submatité ni exagération des vibrations thoraciques, n'est pas un signe de tuberculose, ni un symptôme caractéristique d'une affection en particulier. Elle se rencontre en effet dans une foule d'états pathologiques différents que nous avons étudiés dans les précédents chapitres.

b) Accompagnée, au contraire, de submatité avec exagération des vibrations thoraciques, la diminution du murmure vésiculaire, comme il était facile de le prévoir, est un signe révélateur de tuberculose. quelquefois au début, mais le plus souvent de tuberculose torpide, latente ou même guérie.

c) La diminution du murmure vésiculaire s'observe beaucoup plus souvent, au sommet droit qu'au sommet gauche, 16 fois sur 20 d'après nos observations, sans qu'il nous soit possible d'attribuer ce phénomène à une cause bien déterminée.

Vu : le Président de thèse

CHANTEMESSE.

Vu pour le Doyen.

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD et DÉBOVE : Manuel de Diagn. Médical.

BARBIER et GRANCHER : Traité de médecine et de Thérapeut. *Brouardel et Gilbert.* t. VII

BARBIER : Seméiologie pratique des poumons.

— : *Bulletin et mémoire de la soc. méd. des Hôpitaux* 20 décembre 1907 et 13 février 1908.

BARÉTY : De l'adénopathie trachéobronchique *Thèse Paris* 1874.

BARRIÉ : *Bull. et mém. de la soc. méd. des Hôpitaux* 13 février 1908.

BARTH : *Bull. et mém. de la soc. méd. des Hôp.* 31 janvier 1908.

BARTH et ROGER : Traité d'auscultation.

BEAU : *Archives Génér. de méd.* Août 1834.

BEAU et MAISSIAT : *Archives Générales de méd.* 1842 3e série t. XV, 4 série t. I II III.

BÉCLÈRE : Les rayons de Rôntgen et le diagnostic de la tuberculose.

BERNARD LÉON : *Bull. et mém. de la soc. méd. des Hôp.* 20 décembre 1907.

BÉZANÇON FERNAND : *Bull. et mém. de la soc. méd. des Hôpitaux* 20 décembre 1907 et 13 février 1908.

— tuberculose pulmonaire latente et tuberculose pulm. atténuée. *Bull. de la Soc. de l'internat.* janvier 1908 p. 28.

— : De la tuberc. Congrès de Genève.

Bourgarel : L'adénopathie trachéobronchique des nourrissons *Thèse Paris* 1907.

Boudet et Chauveau : Gazette hebdom. 1863.

K. Blumel : L'induration par collapsus au sommet du poumon droit, et son diagnostic différentiel avec la tuberculose. *Munchener méd. Wochen.* 28 juillet 1908 n° 30 p. 1.573.

Chauvet : Relations pathogéniques entre les fosses nasales et la poitrine. *Thèse de Bordeaux.*

Moncorgé : La respiration faible physiologique à droite. *Lyon médical* 22 avril 1894 n° 16.

Fernet : *Bulletin et mém. de la Soc. de Méd. des Hôpitaux* 13 février 1908.

— De quelques signes du début de la tuberculose pulmon. chronique. *Head de méd.* 1898. T. XI.

— *Bull. de la soc. clinique* 1878 *et France Médicale* N^os^ 23 et 24, 1878.

— *Bull. de la soc. méd. des Hôp.* 1897, p. 732.

Guéneau de Mussy : Leçons cliniques sur les causes et le traitement de la tuberculose pulm. Paris, 1860.

— Cliniques Médicales. T. I, p. 428.

— De l'auscultation pléssimètrique in clinique Méd. T. IV. page 1.

— De l'adénopathie trachéobronchique in clin. médicale, T. I, p. 565 et T. IV, p. 26.

Cassaet : Précis d'auscultation.

Chauveau et Boudet : *Gazette hebdomad.*, 1863.

Charcot et Bouchard : Traité de médecine.

Chomel : Dictionnaire de médecine, 1828.

Coiffier : Précis d'auscultation.

Débove et Achard : Manuel de diagnostic médical.

Dufour : *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp.* 23 janv. 1908.

Eichorst : Traité de diagnostic médical.

Faisans : Maladie des organes respiratoires.

— *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp.* 13 janv. 1908.

Flint : Résumé des recherches cliniques, Paris 1894.

— Exploration physique et diagnostic des organes respiratoires. Philadelphie, 1856.

GLAISSE: *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp.,* 31 janv. 1908.

GRANCHER: Traité des maladies de l'appareil respiratoire, Paris 1890.

— Première étape de la tuberculose pulmonaire. Congrès de tuberculose, 1905.

— *Bulletin Médical,* 1896: Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, p. 1011.

GRANCHER et BARBIER: Traité de Médecine et de thérapeutique Brouardel et Gilbert, t. VII.

GUINON: *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp.,* 13 fév. 1908.

GUTTMANN: Traité de diagnostic des maladies des organes thoraciques. Traduction Hahn, 1877.

HALLER: Praelutiones Acad., T. V, p. 144.

HIRTZ: *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp,* 23 janv. 1908.

HIRTZ et PROSPER MERKLEN: Diagnostic clinique de certaines formes de bronchite albuminurique avec la tuberculose pulmonaire.

KUSS: Radioscopie et auscultation des poumons. Bulletin Médical, novembre 1908. N° 93.

LABBÉ: *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp.,* 20 déc. 1908.

LAENNEC: De l'auscultation médiate, Paris 1859.

LAFARGUE: La prétuberculose.

LE GENDRE: *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp.,* 13 janv. 1908

MARFAN: De l'abaissement de la tension artérielle dans la phtisie pulmonaire. *Soc. de Biologie,* 10 mai 1891.

— Kyste dermoïde du médiastin antérieur. *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.,* août 1891.

— *Bull. de la soc. anatomique,* juillet 1891

— *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp.,* 13 janv. 1908.

MOLL: L'homme droit et l'homme gauche.

MONIN: Les maladies de la Respiration.

MORICHAU-BEAUCHANT: *Archives Médico-chirurgicales* de Poitiers, 15 août 1908.

PAVIOT: Précis de séméiologie 1908.

PAPILLON: Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire en particulier chez les chlorotiques. *Thèse de Paris,* 1897.

PAUL CONSTANTIN: *Bull. de l'Académie de Médecine.*

PIERRY et JACQUES: Les adénopathies pulmonaires. *Revue de Médecine,* 1906, p. 164.

PIRET et PAGÈS: Précis d'auscultation.

POTAIN: La pression artérielle de l'homme à l'état naturel et pathologique.

— La tension artérielle dans la tuberculose pulmonaire chronique et son importance pour le pronostic. *Revue de Méd.* Novembre 1907.

RACLE: Diagnostic méd. 6e éd. par Ch. Fernet et J. Strauss. Paris, 1878, p. 457.

RENON: Le diagnostic précoce de la tub. pulmonaire chronique. Paris Jousset, 1906, p. 59.

— *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp.,* 23 janv. 1908.

RENON et SOLLIER: *Bull. et Mém. de la soc. médicale des Hôp.,* 8 novembre 1901.

RIST: *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp.,* 13 fév. 1908.

— Etude sur les renseignements fournis par la radiologie chez les sujets atteints de tuberculose pulmonaire: *Bulletin médical,* novembre 1908, N° 93.

ROUX et JOSSERAND: La tuberculose pulmonaire et l'adénopathie trachéobronchique chez l'enfant, à Cannes. *Revue mensuelle de Méd. de l'enfance,* 1906, p. 12.

SACQUEPÉE: *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp.,* 20 nov. 1907.

SKODA: Abhandlung uber permss, and auscult. Vienne, 1839.

SPITTAL: *Edinburgh méd. and Surg-Journ.* T. XLI, p. 99, 1839.

VARIOT: *Soc. de pédiatrie,* janvier 1906 et mai 1907.

VINCENT: *Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp.,* 13 fév. 1908.

WALSHE: Traité clinique des maladies de poitrine, Paris 1870.

WOILLEZ: Traité de percussion et d'auscultation, Paris, 1879.